LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique médicale : Croup d'emblée chez un enfant de 7 ans, atteint de papillomes du larynx ; intubation pendant six semaines, puis trachéotomie, par le Dr Luc, 657. — **Revue de la presse** : Le tannigène comme astringent intestinal, 662. — **Académie de médecine** : *Séance du 16 octobre* 1894. — Présidence de M. J. Rochard. — Le traitement de la diphtérie par la sérumthérapie, 632. — Fièvres de Madagascar, 664. — Abcès du foie consécutif à un anthrax, 664. — Traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés, 664. — Prix Capuron, 665. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 12 octobre* 1894. — Présidence de M. Ferrand. — Nouveau cas de myxœdème guéri par l'alimentation thyroïdienne. Le thyroïdisme dans ses rapports avec la maladie de Basedow et avec l'hystérie, 665. — Manifestations locales de la fièvre typhoïde, 666. — **Société de chirurgie** : *Séance du 17 octobre.* — Présidence de M. Lucas-Championnière — Traitement radical du cancer du côlon, 666. — Cystostomie sus-pubienne chez les prostatiques, 667. — Névralgie du trijumeau ; résection des maxillaires supérieur et inférieur ; arrachement du ganglion de Meckel ; récidive au bout d'un an ; résection du trijumeau dans le crâne par le procédé de Doyen, 667. — Abcès du cerveau à la suite d'otite ; trépanation, 667. — Résection du maxillaire inférieur ; prothèse immédiate par le procédé de Martin (de Lyon), 667. — Suture et fracture de la clavicule, 667. — Diverticule de Meckel ouvert à l'ombilic et formant une invagination à deux cylindres ; ablation ; suture de l'intestin ; entérorrhaphie latérale ; guérison chez un enfant de six mois, 667. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 23 octobre* 1894. — Présidence de M. Christian. — Présentation de brochure, 668. — Déclaration des maladies contagieuses, 668. — Prix Duparque, 668. — Des bruits veineux, 668. — Souscription pour le nouveau traitement de la diphtérie, 669. — **Congrès français de chirurgie**, 8e session tenue à Lyon, du 9 août au 13 octobre. — Sur la pathogénie du cancer, 670. — La mortalité par cancer à Lyon, 671. — **Nouvelles**, 671. — **Feuilleton** : Ce qu'est un autographile. — Les collectionneurs platoniques et les autres. — Une cueillette d'autographes. — La dernière lettre de Lavoisier. — Raspail à la *Revue des Deux-Mondes*. — Une pétition de la veuve du cordonnier Simon. — Cabanis et Rouget de Lisle. — La maladie de Nodier et le purpura de Mürger. — Tentative de suicide de Berlioz et de George Sand. — Hallucination ou folie ? (suite et fin) 642.

CLINIQUE MÉDICALE

Croup d'emblée chez un enfant de 7 ans, atteint de papillomes du larynx ; intubation pendant six semaines, puis trachéotomie (1),

Par le Dr Luc.

Le sujet de cette observation est un petit garçon de 7 ans qui, le 4 décembre dernier, à la suite d'un refroidissement, fut pris de fièvre et de dyspnée laryngée menaçante (tirage, cornage), en même temps que la voix, précédemment très enrouée, s'éteignait complètement.

Quatre jours plus tard, j'étais appelé près du petit malade par M. le Dr Deleschamps, médecin de la famille. Le tableau était alors celui du croup arrivé à la période suffocante : le cornage était extrêmement aigu, le visage commençait à se cyanoser et l'enfant ne cessait de supplier, de sa voix éteinte, qu'on l'empêchât d'étouffer. Je ne constatai ni fausses membranes au pharynx, ni engorgement des ganglions cervicaux, mais je réussis à pratiquer un examen laryngoscopique rapide, qui me montra la cavité du larynx tapissée de fausses membranes.

J'avais emporté avec moi le nécessaire pour pratiquer, à mon choix, soit l'intubation, soit la trachéotomie. La facilité avec laquelle l'enfant s'était prêté à l'examen laryngoscopique me fit donner la préférence à la première de ces deux méthodes et, assisté par mon confrère, je réussis à introduire, du premier coup, le tube le plus fort de la série infantile des tubes d'O'Dwyer, modifiés par Egidi. Je pratiquai cette opération sous le contrôle du miroir, l'enfant tenant sa langue lui-même, ainsi que je l'eusse fait sur un adulte. Le tube introduit portait un fort fil qui fut assujetti à un foulard enroulé autour de la tête.

Le soulagement fut immédiat et complet, surtout après le rejet d'une fausse membrane qui fut envoyée à mon ami le Dr Béclère, en vue de l'examen bactériologique.

La présence du tube dans le larynx n'empêcha pas l'enfant de boire, de manger ni de bien dormir la nuit suivante.

Le lendemain, 9 décembre, je trouvai le tube toujours en bonne position dans le larynx. J'en pratiquai l'extraction à l'aide du fil mentionné plus haut et je profitai de la bonne volonté de l'enfant pour pratiquer une sorte de ramonnage de la cavité laryngée, sous le contrôle du miroir, au moyen d'un stylet recourbé portant à son extrémité un tampon d'ouate, imprégné d'un mélange de naphtol et de sulforicinate de soude. Cette manœuvre provoqua l'expulsion d'une nouvelle fausse membrane qui fut réservée, comme la première, pour l'examen bactériologique. Disons-le tout de suite, le résultat de cet examen, obligeamment pratiqué par notre excellent ami le Dr Béclère, fut négatif au point de vue de la présence du bacille Klebs-Loeffler. Ce fait, rapproché de l'absence invariable de l'albuminurie et de tout engorgement ganglionnaire, nous permit de conclure à une laryngite pseudo-membraneuse non diphtérique et de porter un pronostic favorable, bien

(1) Communication à la Société médicale du VIIe arrondissement.

que l'auscultation de la poitrine y révélât des râles fins et que la température rectale s'élevât au-dessus de 39°, pendant les premiers jours de la maladie.

La respiration laryngée paraissait si libre après l'extraction du tube pratiquée le 9 décembre, à 8 h. 1/2 du matin, que je jugeai inutile de le replacer immédiatement. Cependant, à 3 heures de l'après-midi, le père de l'enfant venait me prier de retourner le plus promptement possible près du petit malade que fatiguait une toux quinteuse, persistante. A mon arrivée, je trouvai pire que cela : l'enfant asphyxiait littéralement et réclamait son tube par des gestes désespérés. La réintroduction de ce dernier s'opéra sans difficultés et coupa court immédiatement à l'angoisse respiratoire.

Ce jour-là, le Dr Béclère étant venu voir l'enfant, sur notre prière, conseilla l'emploi du tube Faucher, l'alimentation laissant à désirer. L'enfant s'y prêta de son mieux et l'on put ainsi lui faire prendre plus d'un demi-litre de lait et un œuf. Ce moyen put être répété le lendemain, puis on l'abandonna, la dysphagie de la veille ayant sensiblement diminué.

10 décembre. Le tube laryngé est retiré, puis remis en place à la suite d'un badigeonnage intra-laryngé qui détermine l'expulsion de nouvelles couennes. T. rectale, 38°,5; resp., 36. Bon sommeil dans la journée. L'appétit revient. L'alimentation s'opère naturellement et avec peu de difficulté. Le tube est laissé dans le larynx jusqu'au surlendemain.

Le 12. L'enfant est laissé une demi-heure sans tube. Il ne manifeste aucune anxiété, mais il est tourmenté par une toux quinteuse. Je profite de cette accalmie relative pour pratiquer l'examen du larynx. Je trouve l'organe presque complètement libre de fausses membranes, sauf au niveau de la commissure des cordes vocales, où flotte une couenne que j'enlève facilement au moyen d'un tampon d'ouate imprégné de jus de citron dont je me sers pour badigeonner la totalité de la muqueuse laryngée.

Les fausses membranes enlevées, je suis frappé de l'aspect gonflé, et comme bosselé, des cordes vocales. J'attribue cette particularité au traumatisme infligé à ces parties par les badigeonnages ou par la pression du tube et ne m'en préoccupe pas autrement.

La respiration laryngée est encore un peu bruyante, mais non gênée. Toutefois je réintroduis le tube par mesure de prudence.

Les râles ont complètement disparu de la poitrine. Le soir, l'enfant est calme et joue dans son lit. Il a fait dans la journée plusieurs repas substantiels. T. m., 38°,2; T. s., 38°,4.

Le 13. L'enfant peut quitter son lit.

Le 14. J'enlève, dès le matin, le tube qui est resté dans le larynx depuis l'avant-veille. La respiration paraît parfaitement libre. Le laryngoscope montre les cordes vocales rouges, irrégulières et séparées par un intervalle losangique reproduisant la forme du tube et ne disparaissant pas par les efforts de phonation. Il est clair que c'est là une conséquence mécanique de l'écartement forcé produit par la présence ininterrompue du tube entre les cordes pendant quarante-huit heures. Je quitte cette fois le petit malade sans réintroduire le tube.

Au milieu de la nuit suivante, les parents m'envoient chercher. Je trouve l'enfant agité et je constate un léger degré de cornage et de tirage. Le miroir laryngé me montre la glotte plus serrée que le matin et une nouvelle formation de fausses membranes, d'ailleurs peu épaisses, sur les cordes vocales.

Je replace le tube et ne l'enlève que le 16 au matin.

FEUILLETON

—

Ce qu'est un autographile. — Les collectionneurs platoniques et les autres. — Une cueillette d'autographes. — La dernière lettre de Lavoisier. — Raspail à La *Revue des Deux-Mondes*. — Une pétition de la veuve du cordonnier Simon. — Cabanis et Rouget de Lisle. — La maladie de Nodier et le purpura de Mürger. — Tentatives de suicide de Berlioz et de George Sand. — Hallucination ou folie?

(Suite et fin) (1).

Il n'est pas besoin d'accompagner d'un commentaire oiseux le fragment qui suit. Bien que le document soit tronqué, tel que nous le trouvons reproduit, il est encore suffisamment explicite. Il y est sans doute fait allusion à une des premières maladies de Louis XV. François Gigot de la Peyronie, premier chirurgien de Louis XV, fondateur de l'Académie de chirurgie, mande que le roi est resté enfermé chez lui depuis samedi « à cause d'un rhume qui eut esté peu de chose pour un particulier mais pour les roys, les moindres choses demandent les plus grandes attentions. Aussy l'avons-nous soigné hier ». Il parle ensuite de sa convalescence. « Il a fort bien dormi cette nuit, il a peu toussé depuis son réveil, il a dîné avec un bon potage et pour la première fois il a mangé de la volaille et du poulet. »

La Peyronie avait commencé sa réputation en réussissant la cure d'une maladie regardée jusque-là comme incurable. Il avait tenté sur un grand personnage, dont le nom ne nous a pas été conservé, une opération des plus hardies pour l'époque. Il n'avait pas craint d'enlever le frontal tout entier et une partie des pariétaux, et le malade avait guéri.

Plus tard, le duc de Chaulnes, en reconnaissance des soins que lui avait donnés La Peyronie, acheta pour lui en faire cadeau la charge de chirurgien de la prévôté de l'hôtel.

Successivement il fut pourvu des charges de chirurgien-major des chevau-légers et de chirurgien en chef de la Charité.

Enfin, en 1717, il obtenait la charge de premier chirur-

(1) V. *France médicale*, n° 41, 1894.

A ce moment le larynx paraît libre de toute fausse embrane. Les cordes vocales se montrent de nouau séparées par un large espace losangique et inpables de se rapprocher. Il n'y a ni tirage ni corige.

La journée du 16 se passe bien sans tube, ainsi que première partie de la nuit.

Le 17. A partir de 2 heures du matin le passage de ir à travers le larynx recommence à se faire avec uit et difficulté. A 7 heures du matin, je suis mandé ès de l'enfant. Je trouve la glotte serrée et couverte minces fausses membranes. Réapplication du tube. Cette fois le tube est laissé dans le larynx jusqu'au décembre matin, c'est-à-dire soixante-douze heures suite.

Le 20 matin. Le tube retiré, je ne découvre qu'un ger dépôt pseudo-membraneux à la région aryténoïenne. Je suis de plus en plus frappé par l'aspect irréulier, mamelonné des cordes vocales et je commence entrevoir qu'indépendamment de la laryngite pseudoembraneuse qui est en voie de disparition, il existe ne autre cause de sténose laryngée.

Du 20 au 23 décembre, le tube est retiré chaque matin replacé le soir.

Du 23 au 27, il est laissé d'une façon ininterrompue ans le larynx. Son extraction au bout de ces quatre-ingt-seize heures de séjour ne s'effectue pas sans un rtain effort. Les cordes vocales se montrent légèrement saignantes et le tube est recouvert de concrétions alcaires.

La journée du 27 se passe fort bien; mais, le soir, dès ue l'enfant s'est endormi, la respiration est redevenue ruyante et le tube a dû être réintroduit à 9 heures.

Le 28. Au lieu d'enlever le tube le matin, je l'enlève soir et j'ai la satisfaction d'apprendre, le lendemain, que la nuit s'est parfaitement passée malgré l'absence du tube.

Les jours suivants, l'enfant continue de se passer du tube et il ne se plaint d'aucune gêne de la respiration.

En fait, il n'existe pas de tirage, mais, pour peu que l'enfant s'agite, la respiration s'accompagne d'un certain bruit. D'autre part la disparition des fausses membranes de la cavité laryngée ne s'est pas accompagnée d'un retour des parties à l'état normal.

Les cordes vocales sont rouges et irrégulièrement tuméfiées, comme infiltrées par places, rappelant l'aspect objectif de l'infiltration tuberculense ou lupique.

Débarrassé alors du souci d'un danger immédiat, je profite de l'accalmie produite dans l'esprit des parents pour chercher à reconstituer l'histoire antérieure de la maladie. J'apprends alors que la voix de l'enfant a toujours été plus ou moins enrouée, parfois éteinte, que depuis ces deux dernières années, en outre, se sont produits des accès de dyspnée laryngée très inquiétants, et que plusieurs spécialistes appelés à donner leur avis et n'ayant pu réussir à voir son larynx (l'enfant étant alors plus jeune et moins docile qu'à l'époque où je fus mandé auprès de lui) ont supposé qu'il s'agissait là de papillomes du larynx.

Ce qui me parut bien établi, à la suite de ces renseignements confirmés par mon examen, c'est que l'enfant était depuis plusieurs années, peut-être depuis sa naissance, porteur d'une affection chronique du larynx et que l'inflammation pseudo-membraneuse à laquelle je venais d'assister n'avait été qu'un accident intercurrent qui avait transitoirement aggravé la dyspnée préexistante.

Quant à la nature de cette lésion ancienne des cordes vocales, il me parut impossible de la déterminer à cette époque, leur aspect rappelant celui de la chordite hy-

---

lied du roi, en remplacement de Mareschal, qui resta jusu'à sa mort son plus dévoué protecteur.

***

Si la physionomie de Lapeyronie est une des plus souantes, des plus sympathiques du siècle dernier, celle de abanis est plus grave, mais respire les sentiments d'une roiture et d'une honnêteté parfaites. Le court extrait que oici ne démentira pas l'opinion que nous nous sommes touours faite de ce médecin philosophe. Cabanis réclame en aveur de Rouget de Lisle, injustement persécuté, l'interention de Grégoire auprès de la Convention : « L'auteur lu célèbre chant des *Marseillais*, écrit-il au représentant nontagnard, et de plusieurs autres morceaux enivrants de patriotisme et de liberté, a été traité avec la plus grande niquité. Destitué d'abord, incarcéré ensuite, il a été menacé, même depuis son élargissement, de nouvelles persécutions ».

***

Non moins secourable nous apparaît Pierre André Latreille, naturaliste et botaniste, membre de l'Académie des Sciences, qui adresse le 16 avril 1826, de Paris, au baron Walckenaer, cette curieuse lettre de recommandation en faveur de M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, *conscrit*... Malade, il n'a pu accompagner MM. Geoffroy Saint-Hilaire (père et fils), lorsqu'ils ont eu le plaisir de le voir. S'il a jeté un coup d'œil sur le petit ouvrage que M. Geoffroy fils a eu l'honneur de lui offrir, il a dû être étonné de trouver dans un jeune homme de vingt ans un ensemble de connaissances, une maturité et une sagesse de jugement que l'on rencontre à peine dans les personnes beaucoup plus âgées et qui ont fait de longues études. « Ce serait bien peu consulter les intérêts de son pays que de l'enlever, par un rigorisme intolérable, aux sciences naturelles qu'il illustrera certainement un jour d'une manière brillante. Elles perdraient un géant, et la carrière militaire n'acquerrait qu'un pygmée... »

Peut-on prévoir quelle destinée aurait eu le naturaliste, s'il avait suivi la carrière des armes ? A notre époque de nivellement égalitaire, il n'est pas douteux qu'un ministre serait resté sourd à des démarches autrement pressantes que le simple billet de recommandation signé d'un savant.

***

pertrophique chronique ou de l'infiltration tuberculeuse initiale, deux lésions qui ne cadraient ni avec l'état général, ni avec l'âge du sujet. Ce ne fut que plus tard, quand j'eus l'occasion de revoir l'enfant, après un intervalle de quatre mois, que je constatai une modification objective des lésions qui me fit adopter le diagnostic admis par présomption (l'examen du larynx étant alors impossible), par les laryngologistes qui m'avaient précédé : celui de *papillomes laryngés*. Effectivement, les simples saillies mamelonnées constatées au commencement de l'année étaient devenues des tumeurs nettement végétantes en forme de choux-fleurs, et j'en distinguais non seulement sur les vraies cordes, mais aussi sur les fausses.

Un changement d'aspect aussi remarquable ne peut s'expliquer que par une *défiguration* complète des lésions attribuables tant aux badigeonnages intralaryngés énergiques, pratiqués au mois de décembre, en vue de détacher les fausses membranes, qu'à l'action compressive et aplatissante exercée sur les néoplasmes par le séjour prolongé du tube d'O' Dwyer dans la cavité laryngée. Mais, je le répète, je n'arrivai à ce diagnostic qu'après coup. Je restai, au contraire, dans une incertitude absolue au sujet de la nature des lésions tant que je donnai mes soins à l'enfant.

A la date du 20 janvier de cette année, un important résultat avait été réalisé, puisque depuis plus de vingt jours l'enfant respirait sans canule. En revanche, la voix restait absolument éteinte et l'altération profonde des cordes vocales ne me laissait guère l'espoir d'un rétablissement possible de la phonation. Cependant, encouragé par la docilité et la patience tout à fait remarquables dont ce jeune enfant m'avait donné tant de preuves, je songeais à régulariser les cordes vocales en pratiquant l'ablation des parties les plus saillantes et j'avais prié M. Mathieu de me confectionner dans ce but un porte-curette et une pince coupante en rapport avec les dimensions de l'organe de l'enfant.

Les choses en étaient là, quand le 20 janvier un grave accident vint réduire à néant ces beaux projets. Ce jour-là, les parents de l'enfant me prièrent de venir le voir, sa respiration paraissant, depuis quelques jours, se faire de moins en moins facilement.

Je me rendis donc près du petit malade, accompagné par suite d'un hasard, comme on va le voir, tout à fait providentiel, de mon collègue et ami le Dr Mendel, qui s'était montré désireux d'assister à une séance d'intubation.

Après avoir constaté au laryngoscope que la glotte était beaucoup plus serrée que lors de mon dernier examen, je me disposai à replacer dans le larynx le même tube que j'avais si fréquemment introduit antérieurement sans la moindre difficulté. A deux reprises je tentai de faire pénétrer l'instrument, en m'aidant, comme d'habitude, du miroir, mais sans succès : je sentais l'extrémité du tube buter contre un obstacle qu'il ne pouvait franchir.

Immédiatement après la seconde tentative, la dyspnée de l'enfant augmenta dans des proportions effrayantes et ce fut l'avis du Dr Mendel comme le mien que la trachéotomie (dont heureusement j'avais l'instrumentation sous la main) s'imposait sans retard. Je pratiquai donc cette opération en toute hâte avec l'assistance précieuse de mon collègue. Elle fut rendue périlleuse par le fait d'une hémorrhagie veineuse très abondante et par suite d'une longueur exagérée de mon incision trachéale qui s'opposait au maintien de la canule dans le conduit aérien.

Quand je revis le petit malade le lendemain, je cons-

En nous rapprochant de l'époque moderne, les documents se pressent, mais n'offrent pas un moindre attrait, ainsi qu'on en jugera.

Dans une lettre que Ch. Nodier écrit au baron de Girardot le 19 décembre 1829, le gracieux écrivain nous montre comment il travaille, et par quelle ingénieuse fiction il arrive à être lui-même son propre critique. La maladie qui le mine et qui doit l'emporter, il nous la décrit par le menu, alors qu'il en fait un mystère à tout son entourage :

« Il y a longtemps que je vous parle de mon état de maladie sans vous dire en quoi il consiste, et c'est ici un secret pour tout le monde, sauf le médecin philosophe qui m'a jugé assez bien pour ne pas m'en faire mystère. L'infirmité nerveuse qui me tourmentait dans ma jeunesse a fini par se calmer avec l'âge ; mais cette habitude prolongée de convulsions héroïques et sacrées, comme il plaisait aux historiens d'Hercule de les appeler, n'est pas sans résultats. Elle a produit en moi une lésion grave du premier organe de la vie, c'est-à-dire une espèce d'agonie permanente, dont le dénouement est partout et nulle part, comme le héros de je ne sais quel roman poétique de M. d'Arlincourt. Dans ce malheureux *statuo quo*, on m'a interdit toute espèce de travail qui pourrait exciter en moi la vie d'émotions, et donner lieu à des ébranlements trop fatigants ; mais comme je ne puis vivre sans travailler, et vivre s'entend ici dans toutes les acceptions du mot, on m'a autorisé à faire ce qui m'amuserait, c'est-à-dire des riens, genre d'occupation pour lequel j'ai eu de tout temps une singulière aptitude. Par malheur, je ne me suis pas avisé d'abord des historiens fantastiques et des contes de fées, qui font maintenant mes délices, et je me suis jeté dans un de ces plans à bâtons rompus où il n'est pas permis d'être médiocre. »

La maladie de Nodier, c'est la maladie des intellectuels, c'est l'épuisement nerveux, c'est la neurasthénie. Peut-être, chez l'auteur de *Trilby*, y avait-il en plus les symptômes d'une affection cardiaque, que le surmenage cérébral auquel il se livrait ne pouvait qu'exagérer.

*
* *

Tout autre est le cas de Mürger, le chantre de la Bohême. Mürger est atteint d'une affection de la peau récidivante, probablement le *purpura*, qui l'oblige à demander, plusieurs fois par an, un lit à Saint-Louis ou au Midi.

ai que la respiration se faisait par la bouche et
n par la canule, cette dernière trop courte étant
rtie de la boutonnière trachéale. J'en conclus que la
spnée qui s'était produite la veille avait été causée
e un spasme glottique. J'avais eu effectivement, plu-
urs fois auparavant, l'occasion de constater que la
ne respiratoire de l'enfant s'aggravait considérable-
nt à l'occasion de la moindre émotion morale.

Je remplaçai la canule Wulfing par une canule Ma-
eu n° 5, à laquelle je substituai ultérieurement un
6, afin que l'enfant eût une large prise d'air par sa
ie trachéale.

Trois semaines après l'opération je tentai de revenir
'intubation, comptant que, maintenant que l'enfant
ait à l'abri de tout danger de suffocation, je pourrais
it à mon aise appliquer cette méthode et obtenir pro-
essivement la dilatation du rétrécissement laryngé
heureusement commencée; mais ici une déception
était réservée : en effet, autant le petit malade s'était
êté de bonne grâce aux séances d'intubation quand
se sentait sur le point d'étouffer, autant il commença
e montrer indocile après qu'il se fut rendu compte
e sa canule trachéale le préservait de tout danger
ce genre.

Les parents n'ayant pas dissimulé leur répulsion à
gard de toute tentative d'intubation pratiquée de
rce sur leur enfant qui sortait à peine d'épreuves
ysiques et morales si terriblement répétées, je ré-
lus, de concert avec M. le Dr Deleschamps, de laisser
ovisoirement l'enfant dans sa situation actuelle et
attendre, pour revenir à l'intubation, que les parents
us en exprimassent le désir.

Ici s'arrête donc l'observation forcément incomplète
notre petit malade.

Tout incomplète qu'elle soit, elle nous a paru instructive à plusieurs points de vue.

Les conclusions qui peuvent en être tirées ne nous semblent rien moins que défavorables à l'intubation.

Il nous a été effectivement possible en cette circonstance, de pratiquer la manœuvre en question chez un enfant de 7 ans sans avoir à employer la violence, presque aussi posément que si nous eussions eu affaire à un adulte.

Remarquons, d'autre part, que les dimensions du tube choisi par nous correspondant parfaitement à celles du larynx de l'enfant, jamais il ne fut expulsé, il resta au contraire en place aussi longtemps qu'il nous plut de l'y laisser.

Il ne saurait être mis en doute que c'est à l'intubation que l'enfant dut de ne pas succomber à la laryngite pseudo-membraneuse asphyxiante pour laquelle nous fûmes appelés auprès de lui.

Autre remarque qui a son importance : le tube ne fut pas une seule fois oblitéré par des couennes : il parut au contraire favoriser l'expulsion de ces dernières.

Si après avoir rendu à l'enfant le service de l'arracher au danger de l'asphyxie créé par la présence des fausses membranes dans son larynx, l'intubation ne put le guérir de sa sténose laryngée ancienne, on ne saurait incriminer cette admirable méthode d'un échec dont la responsabilité incombe à nous seul. Tant que le tube fut régulièrement introduit dans le larynx nous pûmes assister jour par jour aux progrès réalisés dans l'élargissement de la glotte. Notre tort, croyons-nous, fut de croire trop tôt au succès et de suspendre prématurément et trop longtemps les séances d'intubation, en sorte que le jour où la réapparition du danger nous força de nouveau à y recourir, l'enfant déshabitué de

---

Peut-être aussi le dénûment de sa situation, toujours
nbarrassée, explique-t-il ces fréquents voyages à l'hô-
tal, plus encore qu'un état pathologique réel.

Le 7 mai 1843, il écrit de Saint-Louis à son ami Noël :

« J'ai dû me résoudre, vu que je jouis de mon purpura,
rentrer à l'hôpital, où l'on me fait espérer que je ne res-
rai pas plus de six mois. Voilà pour moi. Quant aux
utres amis, déconfiture générale au Salon, guerres intes-
nes à l'intérieur, et misère complète... J'ai laissé, quant à
noi, mes meubles pour 75 francs au propriétaire, et une
nquantaine de francs de dettes aux fournisseurs, ce qui
ait qu'en sortant de Saint-Louis, je n'aurai ni feu ni lieu,
nais j'ai en tête de vastes projets qui, s'ils réussissent,
eront de moi un homme *conséquent*... »

Quels étaient ces projets? Écrire des nouvelles, du théâtre,
u *n'importe quoi*. La chasse à la copie pour manger du
ain!

*
* *

Un épisode à peu près inconnu de la vie de Berlioz nous
st révélé par les documents que nous allons mettre main-
enant sous vos yeux.

Berlioz écrit, de la Côte Saint-André (Isère), à Mme Horace Vernet, à Rome, le 25 juillet 1832, pour lui donner des nouvelles de son voyage ; il lui communique ses impressions à son retour en France, et fait une appréciation peu favorable sur le goût de ses compatriotes.

« . . Art, musique, haute poésie, et Dieu sait comment on en parle en province... des idées si étranges, des jugements faits pour déconcerter un artiste et lui figer le sang dans les veines, et par dessus tout, le plus horrible sang-froid. On dirait, à les entendre causer de Byron, de Gœthe, de Beethoven, qu'il s'agit de quelque tailleur ou bottier, dont le talent s'écarte un peu de la ligne ordinaire; rien n'est assez bon pour eux... Ces gens-là feraient volontiers de feuilles de roses la litière de leurs chevaux... »

L'autre lettre donne mieux encore l'idée de l'état d'esprit de Berlioz. Le 18 avril 1831, de Diano-Marina, Berlioz écrit à Horace Vernet, à Rome, une lettre paraissant relative à une tentative de suicide :

« A Gênes, un instant de vertige, la plus inconcevable faiblesse a brisé ma volonté, je me suis abandonné au désespoir d'un enfant, mais enfin, j'en ai été quitte pour boire l'eau salée, être harponné comme un saumon, demeu-

son emploi s'y prêta mal, et nous opposa une résistance qui aboutit au spasme que l'on sait.

D'ailleurs il n'y a pas trop ici matière à regrets : depuis l'ouverture faite à la trachée l'enfant n'est plus soumis à l'asphyxie lente qui constituait son état habituel avant le début de sa laryngite pseudo-membraneuse. Grâce à la très large canule établie à demeure dans la trachée, il se trouve dans de bonnes conditions d'hématose, en attendant que ses parents se décident à la seule opération qui puisse donner ici un résultat et permettre la suppression définitive de la plaie trachéale : l'extirpation des papillomes après laryngofissure, opération que M. le Dr Ch. Périer s'est déclaré prêt à pratiquer, à la suite d'un examen attentif de l'enfant et de son larynx, et que nul ne nous paraît mieux désigné que lui pour mener à bonne fin.

REVUE DE LA PRESSE

Le tannigène comme astringent intestinal (Hans Meyer, Fr. Muller, *D. Med. Woch.*, 31-54.) — Le tannigène est un dérivé du tannin qui se présente sous la forme d'une poudre gris jaunâtre, insipide et inodore. Il ne se dissout qu'en petite quantité dans les acides étendus et dans l'eau, mais se dissout facilement dans l'alcool.

Hans Meyer a fait de nombreuses expériences avec cette substance sur les animaux, et comme celles-ci ont donné des résultats favorables, le professeur Muller a tenté d'employer ce remède chez un certain nombre de malades atteints d'affections intestinales. La poudre de tannigène est facilement acceptée par les malades et ne trouble jamais l'appétit ni les fonctions digestives. Comme dose, l'auteur a employé généralement 20 à 50 centigrammes trois fois par jour. Comme ce remède est inoffensif, il est plus commode et plus économique de prescrire d'en prendre sur la pointe du couteau.

Le médicament a été d'abord donné dans des cas de diarrhée chronique de différentes causes, dans la dysenterie et dans la diarrhée des phtisiques. Dans la plupart des cas l'action favorable s'est traduite par la diminution du nombre des selles et l'augmentation de leur consistance dès le début du traitement. Mais ce résultat ne persiste pas toujours, surtout chez les phtisiques; toutefois la diarrhée s'arrête de nouveau, si l'on reprend le traitement. L'action du remède ne s'épuise pas, car les malades peuvent en continuer l'emploi pendant plusieurs semaines sans que son efficacité diminue.

Le tannigène agit favorablement dans les diarrhées aiguës, mais non constamment ; il est dépourvu d'action dans la diarrhée des nourrissons.

L'indication de l'emploi du médicament se trouve surtout dans les diarrhées chroniques où le tannin agit lui-même favorablement. Mais le tannigène a sur le tannin l'avantage incontestable d'être insipide et de ne pas troubler les fonctions stomacales, car il semble affecter seulement l'intestin. L'intégrité des fonctions digestives pendant son emploi, ferait de ce médicament un agent d'une certaine valeur dans la diarrhée des phtisiques et dans les diarrhées chroniques où il faut ménager l'appétit. L. J.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 octobre 1894. — Présidence de M. J. Rochard

La correspondance comprend : 1° une lettre de M. le Dr Richelot candidat dans la section de médecine opératoire ; 2° un pli cacheté envoyé par le Dr Elévy, de Biarritz (accepté) ; 3° des lettres de MM. les Drs Magnant de Gondrecourt (Meuse), Bertin, de Nantes, Le Roy des Barres, de Saint-Denis, candidats au titre de correspondant.

Le traitement de la diphtérie par la sérumthérapie. — M. Straus. La sérumthérapie, depuis les travaux initiateurs de Behring, n'a pas cessé d'occuper le premier rang dans les préoccupations des chercheurs. Dans l'ordre des faits expérimentaux, la méthode a largement fait ses preuves ; appliquée à l'homme, elle n'a pas toujours tenu ses promesses; pour le tétanos notamment, la pneumonie, la fièvre typhoïde. En ce qui concerne la diphtérie, le problème semble avoir fait un fait décisif, grâce surtout aux récentes recherches de M. Roux, communiquées au Congrès de Budapest, et qui ont eu tant de retentissement.

M. Roux et son collaborateur, M. L. Martin. emploient, comme source de sérum curateur, le cheval, de préférence au mouton, à la chèvre ou au chien. Le cheval est facile à immuniser contre la diphtérie et fournit de grandes quantités de sérum. L'immunisation est obtenue par l'injection

---

rer un quart d'heure étendu mort au soleil, et avoir des vomissements violents pendant une heure. Je ne sais qui m'a retiré; on m'a cru tombé, par accident, des remparts de la ville, mais enfin je vis, je dois vivre pour deux sœurs dont j'aurais causé la mort par la mienne, et vivre pour mon art... » (1)

Heureusement, Berlioz n'obéit pas à son inspiration, et put conserver à l'art quelques années encore.

Comme Napoléon, comme George Sand, comme David d'Angers, comme Dupuytren, et bien d'autres encore, il en était resté à la tentative.

Est-ce à dire que nous devions classer ces génies dans la catégorie des fous? Un moment d'égarement, une hallucination passagère, n'ont jamais, que nous sachions, passé pour des attributs de folie? Mais l'esprit de système, comme l'a dit quelque part un aliéniste sans prévention, a bien d'autres méfaits à son actif!.., (2)

Dr Quercy.

(1) *Amateur d'autographes*, 1862-63, p. 360.

(2) On pourrait encore citer Rachel, Géricault, l'auteur du *Naufrage de la Méduse*, Magendi, Emile de Girardin, etc., qui en sont restés à la tentative.

us-cutanée, répétée à intervalles appropriés, de toxine phtérique, mitigée d'abord par l'addition d'un antiseptique (iode), puis par l'injection de doses progressivement croissantes de toxine pure. Le sang est tiré de la jugulaire à l'aide d'un gros trocart, par le procédé indiqué par notre confrère, commodément et avec pureté ; il donne en se coagulant un sérum limpide. Le sérum ainsi obtenu possède toutes les propriétés signalées par M. Behring : il est antitoxique, immunisant et curateur. Mêlé, en proportions convenables, à de la toxine diphtérique, il rend celle-ci inoffensive : on peut alors injecter impunément le mélange aux animaux. Injecté à dose suffisante à un animal, il le rendra réfractaire à l'inoculation ultérieure du poison ou du bacille diphtérique ; enfin, il peut guérir un animal rendu malade par l'inoculation de la toxine ou du bacille virulent.

Le traitement par le sérum antidiphtérique a été appliqué par M. Roux, avec le concours de MM. Martin et Chaillou, dans 300 cas de diphtérie, à l'Hôpital des Enfants-Malades, de février à juillet 1894. Pendant les quatre années 1890-1893, 3.971 enfants étaient entrés au pavillon de la diphtérie ; ils ont fourni le chiffre lamentable de 2.029 décès, soit une moyenne de 51 p. 100.

Du 1er février au 24 juillet 1894, le traitement par le sérum a été appliqué. Sur 448 enfants, il y a eu 109 décès, soit 24 p. 100. Toutes les conditions étant restées les mêmes, la différence entre 51 p. 100 et 24 p. 100 mesure le bénéfice procuré par le traitement.

Pendant les mêmes mois de la même année, entraient à l'hôpital Trousseau 570 enfants qui n'avaient pas reçu de sérum : il en est mort 316, soit une mortalité de 60 p. 100, ce qui prouve bien que l'épidémie à laquelle on avait affaire n'était pas une épidémie bénigne.

Mais il convient de distinguer entre les angines diphtériques et les croups trachéotomisés qui sont bien plus graves.

La mortalité moyenne des angines diphtériques à l'hôpital des Enfants-Malades, pendant la période de 1890 à 1893, a été de 34 p. 100.

Pendant les mois de traitement, de février à juillet 1894, la mortalité a été de 12 p. 100. Pendant le même temps, à l'hôpital Trousseau, elle a été, sans l'emploi du sérum, de 32 p. 100.

La mortalité moyenne des croups opérés à l'hôpital des Enfants-Malades, pendant la période 1890-1893, a été de 73 pour 100 ; pendant les mois de traitement par le sérum, elle est tombée à 49 p. 100 et pendant le même temps elle était à l'hôpital Trousseau, sans l'emploi du sérum, de 86 p. 100.

Les chiffres précédents ne tiennent pas compte du fait qu'au pavillon de la diphtérie entrent des enfants qui ne sont pas diphtériques, mais qui ont des angines à bactéries diverses, bien moins dangereuses que la diphtérie vraie ; il convient de déduire tous ces cas, qui mettraient au profit du sérum des succès qui ne lui sont pas dus. Cette déduction faite, la statistique de M. Roux est ramenée à 300 cas de diphtérie authentique, constatée par l'examen bactériologique. Ces 300 enfants, traités par le sérum, ont donné 78 décès, soit une mortalité de 16 p. 100. Des recherches antérieures ont établi que, dans le même hôpital, la mortalité des enfants atteints de diphtérie, constatée par l'examen bactériologique était de 50 p. 100.

Le sérum curateur est injecté sous la peau à la dose de 10 cc. ; vingt-quatre heures après, on en pratique une nouvelle injection de la même dose, qui est en général suffisante pour conduire à la guérison. L'injection n'est pas douloureuse ; en quelques instants le sérum est résorbé, dans 3 cas seulement, il y a eu abcès qui a guéri rapidement par incision.

Les effets du traitement se manifestent rapidement et d'une façon saisissante : le facies cesse d'être pâle et sclérosé, l'appétit revient vite, l'état général s'améliore ; les fausses membranes se détachent et cessent de se produire. La température s'abaisse promptement et la défervescence s'effectue ordinairement dès le lendemain de la première injection ; l'albuminurie diminue et se dissipe. Dans les cas de diphtérie compliquée par l'association de streptocoques, l'amélioration est moins rapide. Les croups non opérés donnent, malgré le traitement, une mortalité relativement forte, surtout s'il y a, dans les fausses membranes, association de streptocoques. Le traitement, du reste, a pour effet de restreindre singulièrement les indications de la trachéotomie.

En résumé, ce qu'il faut retenir de cet exposé, c'est que 300 enfants atteints de diphthérie certaine ont donné une mortalité de 26 p. 100 au lieu de 50 p. 100 qui est la mortalité ordinaire.

En Allemagne, des statistiques aussi favorables ont été publiées, où la mortalité se trouve abaissée à 28, à 26, à 23 p. 100.

Deux membres de cette commission, M. Bergeron, notre éminent secrétaire perpétuel, et M. Cadet de Gassicourt, tous deux des maîtres dans la pathologie infantile, ont suivi dans ces derniers temps l'application du traitement sérothérapique chez des enfants diphthériques à l'hôpital Trousseau, dans le service de M. Moizard. Les effets obtenus leur ont paru tout à fait remarquables, notamment l'amélioration frappante de l'état général, la chute rapide de la fièvre à la suite de l'injection, l'absence de pâleur, de tristesse et d'abattement chez les petits malades.

Le sérum antidiphthérique exerce-t-il aussi chez l'homme, comme il le fait expérimentalement chez les animaux, une action immunisante préservatrice ? Tout porte à le croire et il ne peut y avoir qu'avantage à inoculer préventivement le sérum aux personnes bien portantes, surtout aux enfants qui vivent au contact d'un sujet atteint de diphthérie.

Tels sont, en ce qui concerne la diphthérie, les résultats remarquablement encourageants que donne la sérumthérapie. Il semble bien que nous soyons maintenant en possession, contre cette redoutable maladie, d'un traitement spécifique aussi puissant qu'inoffensif. La sérumthérapie, si féconde en promesses, est une découverte qui appartient à M. Behring, mais à la base de cette découverte, il en est d'autres, fondamentales, qui émanent de Pasteur et de son école. L'immunisation artificielle, même contre les maladies sujettes à récidive comme le charbon (comme aussi la diphthérie), telle est l'entreprise réalisée par Pasteur et qui domine toute notre prophylaxie et notre thérapeutique. Nous savons aujourd'hui que les microbes agissent surtout par les produits solubles qu'ils élaborent, par les toxines, et que l'infection, à tout prendre, n'est qu'une intoxication ; ici encore ce fut Pasteur qui ouvrit la voie, en montrant qu'une culture de choléra des poules, débarrassée par la filtration de tout élément morphologique, est encore sus-

ceptible de provoquer les principaux symptômes, entre autres la somnolence caractéristique de la maladie.

Plus tard, précisément dans les cultures du bacille de la diphthérie, MM. Roux et Yersin, utilisant le filtre imaginé par M. Chamberland, mirent en évidence la présence d'un poison tout différent des ptomaïnes ou des alcaloïdes toxiques, jusqu'alors exclusivement connus, poison extrêmement actif, fragile, se rapprochant des diastases ou des venins et dont l'inoculation aux animaux détermine les mêmes effets locaux et généraux que celle du bacille vivant. La découverte du poison diphthérique fut un véritable trait de lumière; les poisons tétanique, cholérique, pneumonique, typhique, furent retirés des cultures et déterminés par la même méthode. Ne semble-t-il pas juste que l'étude et le perfectionnement des sérums antitoxiques et de leurs effets tutélaires soient poursuivis dans ce même laboratoire où, sous l'impulsion de Pasteur, après la bactériologie elle-même, la toxicologie bactérienne a pris naissance ?

La commission propose donc d'émettre un avis favorable sur l'emploi du sérum antidiphthérique et de formuler, en outre, le vœu que l'Institut Pasteur soit mis en mesure de faire face aux demandes de sérum qui pourront lui être faites soit par les médecins soit par les pouvoirs publics.

(Les conclusions du rapport sont adoptées à l'unanimité.)

Fièvres de Madagascar. — M. Le Roy de Méricourt donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. le docteur Villette, médecin de marine, concernant les fièvres du plateau central de Madagascar. Si l'on constate chez les habitants de ce plateau des fièvres comme dans tous les pays mal cultivés, où se trouvent des marécages, l'Européen peut néanmoins s'y acclimater. Ce qu'il est important de constater, c'est que la très grande majorité des fièvres observées sur le plateau ont été contractées pendant le trajet du littoral au plateau, ou pendant un séjour plus ou moins prolongé dans la zone dangereuse.

M. L. Colin. Il est certain qu'à Madagascar il existe une zone côtière très dangereuse, au delà de laquelle le pays est, au contraire, très favorable à la santé des troupes. Aussi importe-t-il de faire traverser le plus rapidement possible cette partie de l'île à un corps expéditionnaire et de choisir avec soin la période de l'expédition.

M. Laveran. J'ai examiné des malades qui avaient contracté la fièvre à Madagascar; leur sang contenait les mêmes parasites que celui des fiévreux d'Algérie. Il n'y a donc pas de « fièvre de Madagascar » au sens littéral du mot.

En Algérie, j'ai vu souvent des soldats qui traversaient les pays fiévreux sans devenir malades, mais qui le devenaient lorsqu'ils arrivaient dans des pays sains. Cette anomalie apparente s'explique facilement par l'existence d'une véritable période prodromique entre le moment de l'inoculation de la maladie et sa manifestation.

M. Le Roy de Méricourt. A Madagascar, la rapidité avec laquelle les hommes sont envahis est souvent telle qu'ils arrivent difficilement dans la zone salubre et qu'ils ne tardent pas à devenir indisponibles.

M. G. Lagneau. Cette discussion montre une fois de plus combien il est indispensable d'avoir, sur notre corps militaire dans les colonies, les statistiques de morbidité et de mortalité, qui font aujourd'hui si malheureusement et si complètement défaut.

Abcès du foie consécutif à un anthrax. — M. Ricard termine ainsi sa communication : je ne veux attirer l'attention que sur les notions étiologiques mises en lumière par cette observation qui non seulement montre la gravité de l'anthrax en général et des anthrax du crâne en particulier, mais qui met en relief cette notion qu'une lésion infectieuse locale, même des plus minimes en apparence, est grave, de ce fait qu'elle témoigne que l'organisme est entamé et que désormais dans la lutte qui va s'établir, tout dépendra non de la lésion locale, mais de la violence de l'agent introduit et de la résistance du terrain.

En d'autres termes, il convient d'envisager une lésion infectieuse locale non comme une entité morbide, mais comme le premier stade d'une infection qui peut se limiter et s'éteindre, mais qui trop souvent peut évoluer et se généraliser.

Traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés. — M. le Dr Kalt. Malgré tous les efforts qui ont été faits pour répandre les pratiques de la désinfection vaginale avant l'accouchement, le nombre des contaminations oculaires chez les enfants reste toujours fort élevé. Rien que pendant l'espace de trois mois, j'ai eu à soigner, au pavillon d'isolement des Quinze-Vingts, 35 enfants atteints d'ophtalmie purulente. Presque tous ces enfants étaient nés en ville. La désinfection vaginale n'avait pas été faite. Bien plus, le traitement de l'ophtalmie déclarée s'était borné le plus souvent à des lavages extérieurs, boriqués ou autres.

Sur ces 35 enfants, 12 ont eu des ulcérations cornéennes. Sur ces 12, 5 se sont présentés avec des ulcérations, du deuxième au neuvième jour après le début de l'ophtalmie. C'étaient des cas graves, avec exsudat pseudo-membraneux adhérent aux tarses. Chez tous, le traitement a arrêté les progrès de l'ulcération. Il n'y a pas eu de perforation.

Les 7 autres se sont présentés à la clinique après le neuvième jour. Chez l'un d'eux, la perforation était imminente des deux côtés. Elle s'est produite le lendemain. Chez un autre, les deux cornées étaient fortement infiltrées de pus. La perforation ne s'est produite que d'un seul côté après quatre jours. Chez les cinq autres, les ulcérations ont été arrêtées.

Chez beaucoup d'enfants, l'ophtalmie s'était montrée dans les premiers jours comme un simple catarrhe inoffensif. Ce n'est qu'à l'occasion d'une poussée purulente ou de l'apparition d'une taie, que l'entourage s'est réellement inquiété. Dans la classe ouvrière pauvre, cette inertie s'explique. La mère étant couchée, l'enfant devra être confié généralement à une personne étrangère qui le portera chez l'oculiste, une fois par jour, deux fois au plus. Aussi ai-je pu me convaincre que dans les cas graves, l'hospitalisation de l'enfant et de la mère était nécessaire.

Mais le facteur principal de gravité est l'absence de traitement sérieux appliqué au début par les médecins ou les sages femmes. Il n'est pas une sage-femme qui, en présence d'accidents infectieux puerpéraux, hésite à pratiquer des injections utérines avec des solutions énergiquement désinfectantes, telles que le sublimé. Et, en présence de l'ophtalmie contagieuse qui menace la vie de l'enfant, le traitement des premiers jours consiste dans les lavages boriqués.

C'est qu'en effet le traitement par les cautérisations au nitrate d'argent est un traitement difficile pour ceux qui n'en ont pas une grande pratique. Il est difficile pour le spécialiste lui-même quand les paupières sont petites et

ées contre le globe ; la cautérisation de la muqueuse du
de-sac supérieur, condition indispensable, est rendue
toire, même après le débridement de la commissure
rne.

ai cherché un moyen sûr et facile qui permît de mettre
solutions médicamenteuses au contact de *toute* la sur-
conjonctivale, de balayer toutes les sécrétions conte-
s dans le cul-de-sac supérieur, et d'assurer la pénétra-
de l'agent actif dans les couches superficielles de la
queuse par une pression *modérée* mais *prolongée*.

e moyen m'est fourni par le petit *entonnoir laveur* que
eu l'honneur de présenter à l'Académie (séance du
oût 1894). Cet entonnoir-laveur consiste en un tube d'é-
ite, de la grosseur d'un porte plume, terminé d'un côté
un pavillon à angle droit, de 11 millimètres de diamètre.
pavillon s'introduit très facilement entre les paupières de
fant et tient d'autant mieux que l'enfant les serre da-
tage. L'autre extrémité du laveur est reliée par un tube
caoutchouc au bock à irrigation, de la capacité de deux
es, qui sert pour toutes les accouchées. Ce bock ayant
préalablement rempli de liquide, il suffira que le niveau
ce liquide dépasse de 30 centimètres le niveau de l'œil
l'enfant, pour qu'un énergique courant d'eau se pré-
ite contre le globe, déplisse et distende en forme de bou-
, le cul-de-sac supérieur en entraînant toutes les sécré-
ns, et s'échappe enfin par la fente palpébrale sur les côtés
laveur. Il est facile de constater que le voile palpébral
refoulé en avant et que le laveur est distant de 5 milli-
tres de la cornée. A cette pression, qu'il ne faut pas dé-
sser, l'écoulement des 2 litres de liquide se fait en sept
uit minutes environ. La même opération s'exécute en-
ie sur l'autre œil.

Pour empêcher l'introduction du liquide dans le nez et la
uche, l'enfant est tenu sur les genoux d'une aide, les
ds un peu plus élevés que la tête, la face tournée vers
haut. Sur le parquet on a disposé un vase à bords larges,
baquet, une cuvette de tub.

Comme liquide médicamenteux, j'avais le choix entre
s solutions qui, de divers côtés, ont été recommandées
ntre la blennorrhagie aussi bien uréthrale qu'oculaire :
nitrate d'argent, le permanganate, le sublimé. Le perman-
nate s'est montré d'emblée un agent hors ligne et de
us absolument inoffensif pour la cornée dans le cas fré-
ent où elle était ulcérée. Ce n'est le cas ni pour le nitrate
ible ni pour le sublimé.

La solution qui me paraît être la meilleure est la solution
1/5000. Elle n'est pas toxique.

Je formule ainsi :

Permanganate de potasse	20 grammes.
Eau distillée.....	250 —

j'ajoute aux deux litres d'eau tiède (à 30-35°) contenus
ns le bock, 6 centimètres cubes, soit une *forte cuillerée à café*, de cette solution. (Avoir soin de bien mélanger.) Ces
eux litres de solution de permanganate devront servir
our *un seul œil*.

Fréquence des irrigations : Au début de nos recherches, t chez les enfants qui ne pouvaient venir qu'une seule is par jour à la clinique, je me contentais d'une seule ir-igation par jour (à l'exclusion bien entendu de tout autre raitement actif).

Ce chiffre est insuffisant. Je recommande de faire dans oute ophtalmie de nouveau-né légère c'est-à-dire s'ac-compagnant d'un gonflement et d'une sécrétion *faibles*, une irrigation matin et soir dans chaque œil.

Si la sécrétion est moyenne ou forte, et le gonflement marqué, il faudra faire trois irrigations dans chaque œil. Dans l'intervalle on laissera couler entre les paupières, toutes les deux heures, un peu de solution forte au permanganate (une forte cuillerée à café pour 1 litre d'eau).

Ne pas employer de sublimé pour cet usage.

Même prescription s'il existe des ulcérations cornéennes.

Enfin dans les ophtalmies particulièrement graves, avec infiltration jaunâtre des tarses, forte purulence dès le début et ulcérations cornéennes précoces, j'ai fait 4 irrigations par jour pendant trois ou quatre jaurs, pour descendre ensuite à 3.

Dès le lendemain de l'application du traitement, on notera une diminution du gonflement et de l'écoulement. Après trois jours de traitement un écoulement intense doit être devenu très faible, sinon le traitement n'a pas été appliqué avec une énergie suffisante. Avec un traitement intensif j'ai toujours vu les ulcérations rester stationnaires. Bien entendu, si les cornées sont déjà infiltrées de pus dans toute leur épaisseur, les irrigations n'empêcheront pas la perforation de se produire. Les paracentèses hâtives trouvent ici leur application. En dehors d'un enfant arrivé au 14e jour et dont les deux cornées se sont perforées le lendemain, je n'ai vu survenir qu'une seule fois une perforation étroite sur l'œil gauche d'un enfant arrivé au 18e jour de son ophtalmie, avec les deux cornées ulcérées.

Vers le quatrième ou cinquième jour l'amélioration a toujours été très manifeste dans tous les cas graves. Le traitement maximum (2-3-4 irrigations par jour suivant les cas) doit être continué jusqu'à cessation presque complète de l'écoulement et disparition du gonflement. Quand il ne reste plus qu'un peu de sécrétion séro-muqueuse le matin, une seule irrigation est suffisante ; mais elle doit être continuée, par crainte des rechutes, jusqu'à disparition de toute sécrétion.

Les irrigations sont par elles-mêmes peu irritantes et leur emploi sans inconvénient soit pour l'œil, soit pour l'état général de l'enfant.

Dans le cas d'ulcération cornéenne, le fond de l'ulcère se teinte de brun par suite du dépôt à *la surface* du peroxyde de manganèse. Ce dépôt disparaît rapidement. Dans ce cas également on voit survenir quelquefois de l'œdème cornéen (teinte laiteuse de la cornée). Le pronostic en est bénin.

Prix Capuron. — M. Robin lit un rapport sur les mémoires envoyé pour le prix Capuron Le sujet proposé était : Etude comparative des traitements hydrominéraux dans le diabète.

A 4 h. 1/2, l'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions du rapport de M. Robin.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 octobre 1894. — Présidence de M. Ferrand.

Nouveau cas de myxœdème guéri par l'alimentation thyroïdienne. Le thyroïdisme dans ses rapports avec la maladie de Basedow et avec l'hystérie. — M. Béclère. La femme que je vous présente est un nouvel exemple de guérison du myxœ-

dème par l'ingestion de glandes thyroïdes de mouton. Par suite d'une erreur au début du traitement, j'ai été amené pour ainsi dire malgré moi à lui faire prendre une dose énorme de l'aliment curateur, 92 grammes en onze jours. J'ai pu voir ainsi succéder aux phénomènes myxœdémateux qui disparaissaient les symptômes de l'intoxication thyroïdienne, de ce que j'appelle le *thyroïdisme*. Au premier rang de ces symptômes est une tachycardie avec une instabilité telle de la fréquence des battements cardiaques, que je les ai vus s'élever de 110 à 160 par minute après quelques pas ou même après un changement de position. Cette tachycardie doit guider le praticien dans l'application d'un traitement qui n'est pas sans danger puisqu'en Angleterre il a déjà plusieurs fois déterminé la mort subite. Débuter par de faibles doses, surveiller le cœur et lui éviter toute fatigue, tout effort, sont d'utiles recommandations. Avec la tachycardie, les autres symptômes du thyroïdisme déjà signalés sont l'élévation de la température, l'insomnie, l'agitation, la polyurie, l'albuminurie, la glycosurie, la paraplégie incomplète, la sensation de chaleur, la sudation exagérée, auxquels il faut joindre ceux que j'ai observés en plus chez ma malade, la tache cérébrale de Trousseau, l'augmentation du nombre des respirations, un tremblement passager des bras et surtout la saillie des yeux et l'éclat du regard. Tous ces symptômes présentent, avec ceux de la maladie de Basedow, une telle ressemblance qu'il est légitime d'attribuer leur production dans cette maladie à une sécrétion exagérée de la glande thyroïde, cette hypersécrétion pouvant d'ailleurs dépendre de conditions fort diverses.

Ma malade, qui n'avait avant le traitement aucun antécédent ni aucun stigmate d'hystérie, est prise subitement, au plus fort de son intoxication thyroïdienne, d'une aphasie passagère avec monoplégie du bras droit et anesthésie en segments géométriques superposés, de nature manifestement hystérique. Je suis donc amené à compter le suc thyroïdien ingéré ou sécrété en excès au nombre des agents provocateurs de l'hystérie, et tenté d'interpréter autrement que les auteurs classiques les rapports de la maladie de Basedow et de l'hystérie dont la coexistence est si fréquente. Quand l'hystérie est la première en date, le thyroïdisme la renforce. Il la réveille ou l'évoque comme font tant d'autres intoxications quand l'hystérie n'apparaît qu'après la production de la maladie de Basedow.

Il importe d'ailleurs de mieux préciser les limites de cette maladie et de séparer de ce qui lui appartient en propre tout ce qui ressort à l'hystérie surajoutée, tels je crois, les nombreux troubles paralytiques, hémiplégies, paraplégies, ophtalmoplégies, observés dans son cours, mais présentés également par des hystériques purs.

En résumé, je pense que le syndrome de Basedow, réduit à ses éléments essentiels, ne fait que traduire en clinique l'excès de sécrétion de la glande thyroïde, quelle qu'en soit la cause et je crois que la maladie de Basedow ne tardera pas à passer de la catégorie des névroses dans celle des auto-intoxications évocatrices de l'hystérie.

Manifestations locales de la fièvre typhoïde. — M. Fernet. Si presque toujours la fièvre typhoïde est généralisée, il est fréquent d'observer des manifestations locales qui peuvent la modifier à ce point que le diagnostic peut en devenir erroné. Toutes les manifestations locales ne sont pas à proprement parler des manifestations typhiques, elles sont dues à des infections secondaires. Les localisations dans la fièvre typhoïde sont donc de deux ordres : il y a des manifestations locales *typhiques* et des *complications*.

Les premières sont quelquefois préparées par l'existence d'une lésion locale antérieure; quelquefois il faut, au contraire, incriminer la dissémination du bacille par la voie sanguine, et sa localisation en certains points déterminés. Ces considérations sont applicables à toutes les maladies infectieuses généralisées.

Ces manifestations locales sont au point de vue clinique souvent latentes, leur évolution est souvent lente et torpide. Mais ces accidents sont très fréquents et demandent à être cherchés.

A titre d'exemple, nous désirons rapporter un cas où sont montrées des manifestations locales multiples : il s'agit d'une jeune fille présentant les signes de la fièvre typhoïde, le diagnostic ne pouvant être douteux, on administra le traitement par les bains froids, le benzo-naphtol. Durant le cours de la maladie on a pu suivre différentes manifestations locales. Dès les premiers jours existaient des signes de péritonite subaiguë : douleur abdominale, ballonnement du ventre, épanchement péritonéal peu important. Il ne fut pas pratiqué de ponction exploratrice du ventre. Cette péritonite persista pendant quinze jours, et disparut sans laisser de traces.

Dès le début aussi, se manifesta un éréthisme cardiaque très évident. A ces symptômes s'ajoutèrent des signes de péricardite sèche; en même temps apparurent des troubles nerveux semblant dépendre d'une méningite; enfin, on observa des symptômes de bronchite capillaire et de bronchopneumonie. Il faut faire remarquer l'existence simultanée d'une méningite, d'une péricardite, d'une péritonite. Ne sont-ce pas là les signes de l'infection tuberculeuse aiguë? Les analogies sont frappantes; l'agent spécifique seul diffère.

Ces *manifestations locales* sont dues à l'agent spécifique et diffèrent des *complications* que provoquent les agents vulgaires des infections secondaires.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 octobre. — Présidence de M. Lucas-Championnière.

Traitement radical du cancer du côlon. — M. Demons. Le diagnostic du cancer du côlon est souvent fort difficile; aussi, la lésion est-elle souvent fort avancée, lorsque l'on se décide à opérer et par suite l'intervention beaucoup plus grave. La laparotomie exploratrice peut donc être indiquée dès que l'on soupçonne seulement la possibilité du cancer du côlon.

L'intervention idéale, c'est-à-dire l'ablation totale de l'intestin et la suture perdue avec abouchement des deux anneaux intestinaux sectionnés, est celle qui doit être le but à rechercher.

J'ai eu l'occasion d'intervenir deux fois dans des cas de cancer du côlon.

I. — Femme de 36 ans, présentait dans le flanc droit une tumeur douloureuse prise pour un rein mobile. On fit la laparotomie pour faire une néphropexie et au cours de l'intervention on reconnut un cancer du côlon ascendant. On

lève la tumeur comprenant le cæcum et on fait l'entérrhaphie sans le bouton de Murphy. Une fistule persiste core actuellement. La malade reste sans récidive, quoie l'on sente un empâtement profond.

Dans deux cas de gastrostomie, j'ai employé le bouton Murphy et les deux malades sont mortes de péritonite huitième jour.

II. — Femme de 60 ans, présentait un cancer dans la fosse aque gauche. On fit la laparotomie qui montra une tueur de l'S iliaque de 10 à 12 centimètres de hauteur. On t l'ablation et la fixation des bouts intestinaux à la paroi dominale. Six mois plus tard occlusion de l'anus artifiel et la malade reste actuellement sans récidive.

Cette méthode est plus sûre que la méthode idéale, mais le expose à une infirmité, l'anus contre nature, qui peut rsister pendant plusieurs mois.

Cystostomie sus-pubienne chez les prostatiques. — M. Tuffier e Paris) fait un rapport sur quatre observations présentées r M. Lejars. Trois des malades ont été opérés par le prodé de Poncet. Chez deux d'entre eux les accidents étaient ciens et se compliquaient de calculs. Chez le troisième, s voies naturelles étaient inaccessibles. Un des malades ourut.

Les indications opératoires doivent varier suivant l'état e la vessie, infectée ou non infectée, suivant qu'il existe u non des calculs.

Dans les cas rapportés par Lejars il ne s'agissait en aucun as de rétention aiguë, rapide, cas dans lesquels il suffit e cathétériser le malade, jusqu'à ce que la miction se rétablisse. Dans les cas où les voies naturelles sont rendues naccessibles par une fausse route, il suffira, si l'urine est septique, de pratiquer une ponction de la vessie qui permettra d'attendre le rétablissement de la miction. Si au ontraire l'urine est septique, il faudra recourir à la cystostomie sus-pubienne pour éviter le phlegmon de la cavité de Retzius, que l'on risque en laissant quelques gouttes d'urine septique dans le tissu cellulaire.

Dans les faits relevés, on compte 17 guérisons et 12 morts après la cystostomie pour des prostatiques avec rétention aiguë.

Chez les prostatiques chroniques, les difficultés de cathétérisme peuvent disparaître après avoir laissé pendant quelques jours une sonde à demeure.

Il est d'autres malades où la miction se fait, mais où la vessie est douloureuse. Hartmann a déjà étudié cette question des cystites douloureuses et la cystostomie dans ces cas est l'opération de choix.

Lorsque l'obstacle est permanent, progressif, qu'il entraîne la miction au niveau de la prostate, la cystostomie sus-pubienne est indiquée.

Névralgie du trijumeau ; résection des maxillaires supérieur et inférieur ; arrachement du ganglion de Meckel ; récidive au bout d'un an ; résection du trijumeau dans le crâne par le procédé de Doyen. — M. Dennetières (de Toulouse).

Abcès du cerveau à la suite d'otite ; trépanation. — M. Mignon (du Val-de-Grâce).

Résection de maxillaire inférieur ; prothèse immédiate par le procédé de Martin (de Lyon). — Présentation du malade, par M. Poirier.

Suture et fracture de la clavicule. — Présentation du malade, par M. Routier.

Diverticule de Meckel ouvert à l'ombilic et formant une invagination à deux cylindres ; ablation ; suture de l'intestin ; entérorrhaphie latérale ; guérison chez un enfant de 6 mois. — Présentation du pied, par M. A. Broca.

F. Verchère.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 23 *Octobre* 1894. — *Présidence de* M. Christian.

La séance est ouverte à 4 heures.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

Correspondance imprimée : *Gaz. de Gynécol.* ; *Journal d'hygiène* ; *Rev. de l'hypnot.* ; *Univ. Méd. Mag.* (Pensylvanie) août 1894 ; *Bullet. d'oculist.* ; *Rev. théor. et pr. et des mal. de la nutrition* ; *Journal des sages-femmes* ; *Rev. Ill. de Polyt. Médic.* ; *Med. Standard de Chicago*, sept. 1894 ; *Bull. de la Soc. Nat. de Méd. de Lyon.* (Discours de M. Delore sur la déclaration des maladies contagieuses : demande de déclaration par le médecin et l'entourage des malades ; sursis de l'application du décret jusqu'à l'organisation définitive des lois sanitaires) ; *Rev. gén. des sciences pures et appliquées*, Août 1894 ; envoi du Minist. de l'Instr. Publ. : *Rev. des trav. scientif.*, t. XIII, n° 12, t. XIV, n°s 3, 4, 5 et 6 ;

Brochure contenant les discours prononcés à l'inauguration des bustes de Baillarger et Farlet à la Salpêtrière, en particulier celui prononcé par le Dr Christian :

Messieurs,

La Société de médecine de Paris ne pouvait manquer de prendre sa part de la fête de famille qui nous réunit aujourd'hui ; elle se sent fière des honneurs si mérités qui sont rendus à l'un de ses membres les plus éminents. Elle se rappelle, non sans orgueil, qu'elle a compté parmi ses anciens présidents les aliénistes les plus illustres, depuis, Esquirol et Marc, jusqu'à Baillarger, Brierre de Boismont et Delasiauve.

Avant la fondation de la Société médico-psychologique, c'est à elle que ces maîtres venaient soumettre leurs travaux, et nos archives se sont enrichies de documents précieux.

M. Baillarger a fait partie de notre Société depuis 1842 ; il l'a présidée en 1858. Pendant de longues années, il a été un de ses membres les plus actifs et les plus laborieux, et, quoiqu'il appartînt à d'autres corps savants, où la pathologie mentale trouvait un milieu approprié, il lui est toujours resté fidèle.

Même quand l'âge est venu, et qu'il a cessé d'assister à nos séances, il n'a pas voulu se réfugier dans l'honorariat. Il a tenu expressément à figurer parmi nos membres titulaires, et je sais, pour le lui avoir entendu exprimer souvent, tout l'intérêt qu'il portait à notre vieille Société.

M. Baillarger nous a appartenu pendant près d'un demi-siècle ; nous nous réjouissions de fêter son cinquantenaire. Cette joie nous a été refusée, et nous ne pouvons plus que lui apporter ici l'hommage de notre respectueux souvenir.

A la Société de médecine de Paris, le rôle de M. Baillarger a été ce qu'il a été partout : « Il avait, comme l'a dit un de ses

biographes (1), la passion de l'observation clinique, et il savait observer ».

Les faits qu'il ne se lassait pas de recueillir, il venait les soumettre à ses collègues, provoquant leur critique, ne quittant un sujet que lorsqu'il l'avait étudié sous toutes ses faces, cherchant tous les arguments propres à porter chez ses contradicteurs la conviction qui l'animait lui-même.

Je ne saurais énumérer tous les mémoires que M. Baillarger a lus à notre Société; mais je n'étonnerai aucun de ceux qui l'ont connu, en disant que là, comme partout, la paralysie générale était son thème de prédilection. La paralysie générale, c'est l'œuvre à laquelle, pendant soixante ans, il n'a cessé de travailler. Jusqu'à la dernière heure de sa vie, il en a fait l'objet de ses méditations; il ne se lassait pas d'en discuter les détails; c'était le problème de tous les jours, de toutes les heures; et il aurait pu répondre, lui aussi, que si, dans ce domaine si peu exploré avant lui, il avait fait de grandes et belles découvertes, c'est « parce qu'il y pensait sans cesse ».

L'œuvre de M. Baillarger a été grande et belle. Après les orateurs qui m'ont précédé, je ne pourrais que répéter ce qu'ils ont dit, et en moins bons termes, si je voulais retracer une fois de plus les étapes de cette vie si bien remplie. Je pourrais appliquer à M. Baillarger ce qu'il a dit lui-même d'Esquirol. « S'il a concouru aux progrès de la science par ses propres travaux, il l'a encore servie par l'activité féconde qu'il savait entretenir parmi ses élèves (2). »

Lui aussi, à côté de ses travaux personnels, a été un initiateur; son enseignement, dont ces vieux murs de la Salpêtrière ont conservé l'écho, a formé de nombreux élèves.

Son image, placée en face de celle de Falret, qui fut son émule, à l'entrée de cette voie sacrée où Charcot voulait faire revivre tous ceux qui, à des titres divers, ont illustré la Salpêtrière, rappellera aux jeunes générations tout un passé de labeur et de glorieux efforts.

Puisse-t-elle leur dire que Baillarger laisse derrière lui mieux encore que ses travaux scientifiques; il nous a légué des œuvres fécondes, en pleine prospérité, auxquelles, dès le premier jour, il avait su imprimer un cachet d'indestructible vitalité : nous n'avons qu'à récolter là où il a semé.

Les hommes comme M. Baillarger sont l'honneur des Sociétés dont ils font partie : ils sont pour eux un noble exemple.

En venant aujourd'hui saluer ce buste qui fait revivre les traits d'un maître aimé et respecté, la Société de médecine de Paris acquitte une dette de reconnaissance. Elle rend hommage à un collègue, à un ancien président, dont le nom, depuis longtemps, est inscrit dans son livre d'or, et dont elle gardera précieusement la mémoire.

Correspondance manuscrite : Lettre de MM. Bergeron et Perrin, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

Présentation de brochure. — M. Ed. Wickham. Au nom du Dr Omer Marquez (d'Hyères-Var), l'un de nos plus anciens membres correspondants, j'ai l'honneur d'offrir à la Société une petite brochure intitulée : *Un serment professionnel à Colmar au XVIe siècle.* Notre confrère, qui exerce actuellement la médecine en Provence, habitait Colmar avant 70; en feuilletant, il y a vingt ans, de vieux manuscrits sur Wecker, premier médecin de Colmar au XVIe siècle, il eut la curio[sité] de rechercher les attributions attenantes à la fonction d[ont] ce médecin avait été investi. Elle était loin de constit[uer] une sinécure, si l'on en juge d'après la formule du serm[ent] prêté avant l'investiture. Entre autres devoirs, le premi[er] médecin devait renseigner l'autorité sur les cas de malad[ies] contagieuses constatées par lui, mais, ainsi que le [fit] remarquer le Dr Marquez, la municipalité d'alors avait pl[us] de souci de notre dignité que les pouvoirs d'aujourd'h[ui] « la déclaration était un simple devoir de conscience, sa[ns] menace de pénalité; on manifestait une confiance absol[ue] pour le bon sens et la loyauté du médecin ». Le serme[nt] professionnel, exhumé par notre collègue, est de plus u[ne] preuve de l'intérêt qui s'attachait à la conservation de [la] santé publique; les mesures hygiéniques actuelles [ne] datent donc pas d'hier en tous lieux, mais il faut avou[er] que les autorités de Colmar au XVIe siècle savaient ne p[as] assombrir les relations entre médecins et clients.

Déclaration des maladies contagieuses. — Le secrétaire général. Permettez-moi de vous signaler les diverses sociétés, soit de Paris, soit de province, qui ont adhéré à notre Rapport. Assurément, nous recevrons encore de nouvelles adhésions, plusieurs sociétés n'ayant pas eu de réunion depuis l'envoi du travail de votre Commission. Peut être serait il opportun de faire parvenir, aux diverses sociétés qui ont bien voulu nous donner leur appui, un exemplaire de la *France médicale*, relatant le procès-verbal de la séance d'aujourd'hui.

Syndicat des sociétés médicales d'arrondissements de Paris.

Société médicale de l'Élysée (VIIIe arrondissement).
Société médicale du IXe arrondissement.
Société médicale du Xe arrondissement.
Société médicale du XVIe arrondissement.
Société de médecine et de chirurgie pratiques.
Société médicale de l'Observatoire de Paris.
Société de médecine de Besançon et de la Franche-Comté.
Association médicale de l'Aube.
Société de médecine de la Loire.
Société des sciences médicales de Gannat.
Comité médical du Dispensaire général de Lyon.

Prix Duparque.—Il est décidé qu'il s'élève à 2.400 francs; il sera distribué, selon le règlement voté, au mois de décembre 1895. Les manuscrits devront concerner une question quelconque de gynécologie.

Des bruits veineux. — M. Durozıez. Dans les bruits veineux nous comprenons les bruits de l'artère pulmonaire et des cavités droites. Les bruits veineux diffèrent des bruits artériels, autant que les cavités droites diffèrent des cavités gauches, autant que le sang rouge diffère du sang noir. Les veines et le sang noir vibrent, frémissent et chantent avec une intensité, une tonalité, des rythmes que nous ne trouvons pas dans les artères. Le rythme veineux est continu, le rythme artériel est intermittent. Qu'on écoute les jugulaires et les carotides, on fait vite la part de chacune; de même pour l'aorte et l'artère pulmonaire, de même pour le ventricule gauche et pour le ventricule droit, de même pour les oreillettes. Les souffles y prennent une ampleur et une intensité inconnues au ventricule gauche, quand on rapporte à chacun ce qui lui revient. Dans l'artère pulmonaire le souffle revêt une énergie trompeuse et fait croire au ré-

(1) Ritti, Eloge de Baillarger, *Ann. méd.-psychol.*, 1892.
(2) Inauguration de la statue d'Esquirol, 1862.

cissement de l'orifice. Les bruits des jugulaires dans la rose dépassent l'imagination de qui ne les a pas entendus où il y a des veines, méfions-nous, nous allons inventer bruits organiques ou des bruits cardiopulmonaires. Ce sont pas les souffles seuls qui sont faciles, ce sont aussi frémissements ; puis les rythmes sont de toute forme, tonalités de toute hauteur, allant à la continuité. Dans névrysme artérioso-veineux, les frémissements, le bruit cent le diagnostic, le rythme artériel est entravé par le hme veineux. Comparez les bruits du rétrécissement c insuffisance de l'orifice aortique et les bruits du ré- cissement avec insuffisance de l'orifice pulmonaire, elle divergence !

Le souffle à double courant n'est pas seulement au-des- s des clavicules, il est aussi au-dessous, dans la veine ve supérieure, dans l'artère pulmonaire, dans la veine ve inférieure.

Le souffle du deuxième temps n'est pas seulement dans jugulaire, il est aussi dans l'artère pulmonaire et dans les ines caves.

Partout où le sang se meut, il fait du bruit et chante and il est malade. (*Travail résumé. Sera intégralement ublié.*)

Souscription pour le nouveau traitement de la diphtérie.

M. J. Besnier demande à la Société de consacrer une mme déterminée à la souscription ouverte dans les co- nnes du Figaro pour subvenir aux frais d'immunisation chevaux destinés à produire l'antitoxine contre la diph- rie.

M. de Beauvais appuie la proposition de M. Besnier.

M. Ladreit de Lacharrière. Je m'associe à la demande for- ulée par notre honorable vice-président, mais il me sem- e qu'il y aurait lieu de nous intéresser d'une manière us directe à ce nouveau mode thérapeutique. Une com- ission composée de deux ou trois membres devrait étudier *situ* le manuel opératoire employé par le Dr Roux et ans la prochaine séance nous donner, après contrôle des enseignements précis sur les effets dus à l'injection du li- uide anti diphtéritique et sur les résultats obtenus.

M. Rougon ne comprend pas les raisons pour lesquelles . Ladreit de Lacharrière désire la nomination de commis- air es euquêteurs ; il est d'avis que chaque membre devrait ndividuellement aller constater par lui-même ce qui se asse soit rue Dutot, soit à l'hôpital des enfants malades, t alors dans la prochaine séance une discussion intéres- ante pourrait avoir lieu, concernant la sérothérapie dans a diphtérie.

M. Ladreit de Lacharrière. Je ne tiens pas absolument à la nomination d'une commission, mais je trouve qu'une so- iété comme la nôtre doit avoir à cœur d'être une des pre- nières à s'occuper du nouveau mode de traitement de la liphtérie imaginé par le Dr Roux, et ne pas le mettre à son ordre du jour, lorsqu'il aura préoccupé la plupart des autres sociétés similaires à la nôtre.

D'ailleurs, je lisais dernièrement, dans un journal de mé- decine dont je n'ai pas le nom présent à la mémoire, qu'en Espagne, on s'occupait de mettre en dépôt chez les phar- maciens des tubes à culture, lesquels, ensemencés par les médecins, seraient expédiés à un laboratoire central, qui ferait connaître rapidement à qui de droit le résultat de l'examen, cela à propos du nouveau traitement de la diph- thérie. Il est évident que pareille chose devrait exister à Paris ; nous ne devrions pas avoir besoin de nous rendre ailleurs que chez les pharmaciens pour nous procurer des tubes à culture ; ainsi qu'on l'a proposé pour Madrid, nous enverrions à l'Institut Pasteur les tubes ensemencés et il nous serait alors facile d'être renseigné sans retard.

M. Duroziez. J'entends M. Ladreit de Lacharrière attribuer au Dr Roux la découverte du nouveau traitement de la diphté- rie. Il me semble que nous devons rendre à chacun ce qui lui appartient et ne pas dépouiller un savant étranger d'une idée qui lui est sienne. Behring, médecin allemand, a été en effet le premier à immuniser des chevaux contre la diphtérie et à se servir du sérum de ces animaux ainsi immunisés pour guérir les malades atteints de diphtérie. Je ne veux en rien diminuer le mérite de notre éminent compatriote, mais il a été plus un vulgarisateur qu'un in- venteur ; il l'a d'ailleurs reconnu lui-même, ainsi qu'en font foi plusieurs articles parus dans des publications ex- tra-médicales. Il est incontestable que si les guérisons se multiplient, l'inventeur de l'antitoxine préservatrice des accidents produits par le bacille de Lœfler, aura droit à l'une des premières places parmi les bienfaiteurs de l'humanité ; nous ne devons pas fausser l'histoire en oubliant de citer avant tout autre le nom de Behring.

M. Rougon. Pour arriver à un résultat véritablement scientifique, l'examen des fausses membranes doit être en- touré de nombreuses et grandes précautions. Le micros- cope ne suffit pas pour distinguer le vrai du faux bacille de Lœfler, l'inoculation est indispensable, par conséquent cette série de manipulations nécessite un temps qu'on ne doit pas laisser s'écouler sans avoir agi.

M. Jules Besnier. Voici ce qui se passe actuellement à l'Institut Pasteur lorsqu'un médecin s'y présente et déclare qu'il donne ses soins à un malade atteint de diphthérie. On lui donne un tube contenant de l'antitoxine, puis trois tubes dont deux contiennent des liquides à culture et le troisième un fil de platine destiné à saisir une portion de fausse membrane et à la déposer sur le liquide à culture. Tous ces tubes naturellement sont hermétiquement bou- chés. Vingt-quatre heures après l'ensemencement, le mé- decin est fixé, rue Dutot, sur la nature de la fausse mem- brane. Si la diphthérie est compliquée, c'est-à-dire si le ba- cille de Lœfler est associé à d'autres microorganismes, on vous confie de nouveaux tubes ; l'antitoxine en ce dernier cas devant avoir une force plus grande.

— Après quelques observations de plusieurs membres, la Société décide qu'il n'y a pas lieu de nommer une com- mission ; la question du traitement de la diphthérie par l'antitoxine sera mise à l'ordre du jour de la prochaine séance ; quant à la somme destinée à la souscription, le montant en sera voté après avis du Trésorier ; M. Chervin insiste pour que la somme votée soit remise directement à l'Institut Pasteur et M. Wickham fait remarquer que la somme n'en sera pas moins inscrite sur la liste du *Figaro*.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire général : Ed. Wickham.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

8e session tenue à Lyon, du 9 août au 13 octobre.

Sur la pathogénie du cancer. — M. Bard (de Lyon). L'étude de la pathogénie du cancer peut être abordée par l'observation clinique et anatomique, ou par l'expérimentation. Je suis convaincu que l'expérimentation n'a pas apporté jusqu'à présent de contribution essentielle à l'étude de la pathogénie du cancer.

Au point de vue clinique et anatomo-pathologique, la pathogénie du cancer ne peut être déduite que de la connaissance exacte de la pathologie générale des tumeurs. Or, les nombreuses classifications des tumeurs établies aujourd'hui sont toutes plus ou moins artificielles et sont basées sur des données inexactes d'anatomie générale, je veux dire sur la notion de l'indifférence évolutive des cellules.

Pour mon compte, je suis arrivé à la donnée radicalement opposée de la spécificité cellulaire. Je rejette les classifications du cancer admises et établies sur cette nouvelle base : la pathologie générale du cancer.

Passons d'abord en revue un certain nombre de données fondamentales pouvant servir de base à une pathogénie du cancer.

1° Il faut faire une assimilation absolue, au point de vue pathogénique, entre toutes les tumeurs malignes, quelle que soit leur structure, quelle que soit leur origine. C'est ce que les cliniciens n'ont cessé de proclamer en disant qu'il n'y avait que des tumeurs malignes de tous les organes. Sans doute, il y a des différences entre les diverses tumeurs malignes, mais ces différences n'ont qu'un caractère secondaire au point de vue général, le processus qui leur donne naissance à toutes est univoque. Tous les tissus de l'organisme peuvent donner naissance à des cancers, et chacun donne naissance à un cancer qui lui est propre. Ce qu'il y a de spécial dans le cancer, ce n'est pas la forme des cellules, mais la manière dont elles se développent. Cette loi s'applique à tous les tissus sans exception, aussi bien à ceux de l'embryon qu'à ceux de l'adulte. Le cancer n'est le monopole d'aucune caste cellulaire, et il n'y a aucune distinction légitime à faire entre les tumeurs malignes de ces diverses origines. On ne peut donc pas élever de barrière entre les néoplasmes épithéliaux et tous les autres. Dans l'organisme normal, la limite des tissus épithéliaux est elle-même indécise et conventionnelle, et il y a des points de passage entre les épithéliums et les autres tissus. Donc, toutes les tumeurs malignes constituent une tumeur univoque et ont la même pathogénie.

2° Une seconde loi consiste en cette donnée que les cellules des tumeurs conservent les attributs évolutifs de leur tissu d'origine. C'est cette loi qui permet de reconnaître l'origine d'une tumeur aussi bien dans ses foyers secondaires que dans son foyer primitif, toutes les fois que les cellules d'origine ont des caractères assez spéciaux et distinctifs. Les cellules néoplasiques affectent les mêmes modes de groupement que leurs congénères normales; elles présentent les mêmes aspects morphologiques. Ce qui distingue seulement les cellules néoplasiques, c'est un excès de vitalité, un tumulte exagéré de la prolifération, partant une imperfection des produits et une sorte d'incohérence de l'effort édificateur. Les cellules cancéreuses ne présentent aucune altération dégénératrice; elles tendent vers la forme adulte et normale des cellules d'origine, et pour le mode de groupement, on trouve aussi la tendance à la reproduction des caractères évolutifs normaux.

Donc, en résumé, le seul caractère des cellules néoplasiques est leur puissance proliférative excessive et indéfinie. C'est ce caractère qui a fait dire que la cellule cancéreuse était un véritable parasite.

Toute doctrine pathogénique du cancer doit donc chercher à expliquer cette puissance proliférative de la cellule cancéreuse, cellule dont le développement est mal dirigé, mais qui, par contre, n'acquiert aucune propriété physiologique nouvelle ;

3° Une troisième loi consiste en cette donnée que toute tumeur procède à l'origine d'une seule cellule jeune, en ce qu'elle est uniquement composée, en tant que tissu fondamental, par la descendance de cette cellule initiale. Les cellules ambiantes à la tumeur ne participent nullement au processus néoplasique. On rencontre bien, autour des cancers et à distance, des lésions réactionnelles, mais ce processus n'aboutit pas au cancer.

A l'origine c'est une seule cellule qui, échappant à la loi normale de son développement, devient le point de départ d'une tumeur, et quand le nombre des cellules filles est devenu très abondant la tumeur devient apparente. Quelquefois le transport à distance des cellules néoplasiques va coloniser au loin.

Ces trois lois étant admises, on peut aborder la pathogénie du cancer.

On peut diviser les théories pathogéniques en deux groupes : les unes recherchent au cancer une origine extérieure à l'organisme, les autres lui attribuent une origine intérieure.

On trouve d'abord la théorie de Cohnheim, qui consiste à dire que les tumeurs tirent leur origine de cellules de l'embryon restées inutilisées par la formation des tissus et reprenant par la suite, sous des influences accidentelles, leur activité restée endormie. Cette théorie ne peut être admise, car rien ne prouve que des cellules de l'embryon puissent rester endormies au sein des tissus pour reprendre une activité nouvelle plus grande même que leur puissance avant le temps d'arrêt. D'ailleurs la cellule de l'embryon possède une activité évolutive spéciale et les tumeurs qui en résultent ont des caractères spéciaux.

La seconde théorie est celle de la parthénogenèse soutenue par M. Duval. L'ovule parthénogénétique s'est détaché de l'ovule maternel en même temps que l'ovule fécondée, pénétré dans le nouvel être et se réveillera plus tard sous forme de tumeur. Il y a inclusion d'un fœtus parthénogénétique dans un fœtus normal. Cette doctrine est très hypothétique.

Dans les théories qui admettent l'*origine extérieure* du cancer, on explique la production du cancer par un parasite.

On a tout d'abord incriminé les microbes; mais ceux-ci sont abandonnés aujourd'hui. Ils ne semblent pas être la cause du cancer.

On a décrit ensuite des coccidies. Mais rien ne prouve, tout d'abord, la réalité de l'existence de ces coccidies ; elles pourraient bien n'être que des dégénérescences cellulaires. Et, en admettant même leur existence, rien ne prouve qu'elles soient la cause du cancer.

Il n'y a pas d'avantage à expliquer la production du can

par l'action d'un virus. Le virus en général produit, les maladies qu'il provoque, des dégénérescences laires ; or, les cellules cancéreuses ne présentent pas lésions. M. Kelsch, il est vrai, admet un virus assez ué pour ne pas provoquer ces dégénérescences cellu- s.

résumé, la théorie parasitaire n'est pas acceptable. cancer est un processus spécial qui n'a pas son ana- e dans les autres maladies. Ce n'est ni une inflamma- ni une dégénérescence : c'est un processus autonome. l'origine de ce processus qu'il faut trouver.

, la tumeur est caractérisée par une chose, c'est la ifération indéfinie des cellules. A l'état normal, il te une harmonie dans le développement et la prolifé- on des cellules ; s'il y a tumeur, cette force physiolo- ue d'harmonie n'existe plus, il n'y a plus de discipline s la prolifération cellulaire. Le cancer est une mons- osité du développement cellulaire. On a incriminé le ème nerveux dans cette rupture d'équilibre ; mais il doit pas être mis en cause. Pour ma part, il existe une uence réciproque à distance des cellules les unes sur autres ; chaque cellule influence les autres, et elle se se influencer par elles à la façon dont s'influencent les rants électriques dans les solénoïdes. Il s'agit d'une te d'induction vitale. Cette influence inductive existe à at normal ; elle a disparu quand le cancer se développe. si la cellule initiale, cause du cancer, malformée, est le malade ; elle n'est plus dominée dans son évolution, devient anarchique, et devient en quelque sorte un asite parce qu'elle ne subit plus l'influence modératrice l'organisme.

Avec cette donnée, on s'explique que le traumatisme, crédité, les inflammations peuvent prédisposer au cancer devenir une cause occasionnelle. Une cellule malformée oit une excitation et donnera lieu au cancer.

La mortalité par cancer à Lyon. — M. Fabre (de Lyon). admet généralement que la mortalité par cancer aug- nte : cette notion est vérifiée par l'examen des statis- ques publiées en Allemagne et en Angleterre par Moore, sch, Van den Corput, Nedopil. D'après ces auteurs ugmentation de la mortalité serait très considérable, elle rait doublée pour une période de trente à trente-cinq ans. A Lyon, en considérant les chiffres exprimant la mortalité solue pour cancer on est frappé de l'augmentation ra- de qu'ils indiquent : en 1875 la mortalité est seulement 444, en 1893 elle est de 605.

La moyenne des cas annuels de mortalités par période de nq ans est de :

485	pour	1875-79
545	—	1880-84
563	—	1885-89
580	—	1890-93

L'augmentation semble donc évidente. Mais pendant ette même période, la population est passée de 342.000 à 38.000 habitants. Si l'on calcule la mortalité par 100.000 habitants on trouve :

136	pour	1875-79
143	—	1880-84
137	—	1885-89
134	—	1890-93

La mortalité relative par cancer n'augmente donc pas à Lyon. Elle semble plutôt diminuer, mais cette diminution est bien faible et je ne crois pas qu'il faille y attacher beaucoup d'importance.

Dans tous les cas, la mortalité relative par cancer serait plus élevée à Lyon qu'au Havre où elle n'est que de 71 pour 100.000 habitants, qu'à Reims (101), Paris (104), Rouen (127). Mais ces variations peuvent s'expliquer par le mode différent de groupement des résultats des statistiques.

A Paris, la mortalité absolue par cancer a augmenté d'une façon considérable, mais, à l'inverse de ce qui se passe à Lyon, la mortalité relative augmente elle aussi.

Dans la mortalité absolue l'augmentation est évidente :

En 1865 elle était de 1.494
En 1892 — 2.318

En calculant la mortalité relative par période de cinq ans, on obtient des chiffres qui indiquent un accroissement lent :

73	pour	100.000 habitants	en 1865-69
83	—	—	1870-74
93	—	—	1875-79
98	—	—	1880-84
104	—	—	1885-89
101	—	—	1890-92

L'accroissement de la mortalité relative existe donc, mais il est faible. M. Bertillon en conclut que « le cancer semble avoir une tendance à augmenter de fréquence à Paris depuis 1865 ».

Quant à Lyon, la conclusion de mon travail est la suivante : le cancer n'y augmente pas de fréquence, mais la mortalité relative y est plus élevée que dans la plupart des autres grandes villes de France.

(*A suivre.*)

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Le Dr Yersin, médecin des colonies, collaborateur du Dr Roux dans ses recherches sur la diphthérie, vient d'être nommé chevalier.

Mérite agricole. — MM. les Drs Filhoutaud, de Pierre Buffière, et Mondelet, de Saint-Sulpice-les-Feuilles (Haute-Vienne), sont nommés chevaliers du Mérite agricole.

Hopitaux de Paris. — Concours de l'internat en médecine. — La composition écrite du Concours de l'internat aura lieu à la date fixée, le mercredi 24 octobre, à midi, dans la salle Saint-Jean, à l'Hôtel-de-Ville (entrée par la rue Lobau, porte du côté de la rue de Rivoli).

La lecture des copies sera faite, comme par le passé, dans l'Amphithâtre de l'administration centrale, avenue Victoria.

Le Comité consultatif d'hygiène publique de France s'est réuni lundi. A l'unanimité, il a décidé de charger son président de transmettre à M. Pasteur et à M. Roux l'expression de son admiration et de sa reconnaissance.

Il a, en outre, émis le vœu qu'un crédit régulier soit inscrit au budget de l'Etat pour aider à la préparation et à la distribution, par l'institut Pasteur, du sérum antidiphtérique.

Les membres du comité ont décidé entre eux d'abandonner le montant de leur jeton de présence pour cette séance à la souscription ouverte en ce moment en faveur de l'institut Pasteur.

Le conseil municipal de Paris avait renvoyé à la 5e commission un projet de M. Lopin, tendant à attribuer un crédit

de 50.000 francs à l'œuvre du Dr Roux. Cette commission, prenant en considération l'avis donné par l'Académie de médecine, a décidé de se rendre, aujourd'hui jeudi, à l'institut Pasteur.

La visite faite à cet établissement aura pour but de permettre aux conseillers municipaux d'étudier sur place la création d'un établissement sérothérapique.

Monument du Dr Maillot. — La ville de Briey vient de former un comité pour élever un monument à l'éminent et modeste Dr Maillot, ancien président du conseil de santé des armées, né à Briey en 1804 et décédé le 24 juillet dernier. Ce comité aura pour présidents d'honneur MM. Mézières, de l'Académie française, député de l'arrondissement de Briey, le général Gérard et le sous-préfet de Briey, et pour président, M. Lebrun, maire de Briey et conseiller général.

Le ministre de l'Intérieur a donné son adhésion à l'œuvre projetée.

Prix Duparque. — Le prochain concours pour le prix Duparque s'ouvrira le 1er octobre 1894; les manuscrits devront être remis au secrétariat de la Société de médecine de Paris, le 1er octobre 1895, dernier délai.

Le sujet mis au concours est une question de gynécologie laissée au choix du candidat.

La somme à distribuer s'élève à 2.400 francs. Pour tous renseignements s'adresser au secrétaire général de la Société, 16, rue Vignon.

La pathologie chirurgicale de Madagascar. — Nous empruntons au compte rendu fait par le Dr Thesen du fonctionnement d'un hôpital norvégien à Tananarive (Madagascar) les détails qui suivent et auxquels les circonstances présentes donneront un intérêt d'actualité :

D'une manière générale, l'hygiène est déplorable à Tananarive ; il faut aller chercher l'eau potable à une assez grande distance de la ville. Quant à la propreté, les habitants ne sont pas délicats à ce sujet. Le climat convient peu aux Européens du nord ; les habitants du sud de l'Europe s'y acclimatent plus aisément.

L'hôpital norvégien compte 30 lits : il a hospitalisé 255 malades en 1890, 458 en 1891 et 367 en sept mois en 1892 (il a dû être fermé pour des causes accidentelles). En outre, il a été distribué 5.000 consultations en 1890, 12.000 en 1891 et 11.500 dans les dix premiers mois de 1892. Il a été fait pendant cette période 300 chloroformisations avec un décès consécutif : il s'agissait d'une femme atteinte d'éléphantiasis de la grande lèvre ; l'anesthésie dura deux heures et la malade mourut d'œdème pulmonaire trois heures après l'opération.

Du 19 janvier 1890 au 12 décembre 1892, 211 cataractes furent opérées et donnèrent lieu à 3 insuccès. On observa un fait curieux de guérison spontanée de la cataracte : une femme de 55 ans ne pouvait plus depuis deux ans que distinguer le jour de la nuit ; un jour en se frictionnant l'oreille gauche (?) elle entendit une sorte d'explosion et put distinguer ce qui l'entourait ; elle vint à la polyclinique ; à la partie inférieure de la chambre antérieure de l'œil gauche se trouvait libre le noyau noirâtre de sa cataracte ; on l'enleva et on fit aussi l'extraction des débris capsulaires qui occupaient le champ de la pupille.

La cataracte, dite sénile, s'observe de bonne heure : trois malades avaient moins de 31 ou 32 ans ; un grand nombre de malades ne semblaient pas avoir plus de 50 ans.

Les opérations autoplastiques comprennent 12 becs de lièvre, 10 transplantations pour plaies de jambe et rhinoplasties.

Les tumeurs opérées ont été des plus variées ; il citer dans cette catégorie 15 cas d'éléphantiasis des Ara dont 14 chez des femmes âgées de 18 à 40 ans, qui to rapportent cette affection à une syphilis non traitée. M. sen dit que pour le médecin qui observe à Madagascar ne peut nier le rapport étiologique intime qui unit syphilis les tumeurs éléphantiasiques des organes génit

Pour ce qui est des tumeurs malignes, en trois ans n'a relevé que 6 cas de cancer et 3 de sarcome, ce semble indiquer une rareté singulièrement plus gra qu'en Europe.

La tuberculose osseuse et articulaire semble être a bien exceptionnelle, puisqu'on n'en a relevé aucun dans les statistiques de l'hôpital.

Mais les abcès de la rate et du foie sont assez fréque bien qu'aucun n'ait été opéré. Les rétrécissements du r tum consécutifs soit à la syphilis, soit à la dysentérie s loin d'être rares. Les hémorroïdes sont une affection plus fréquentes, qui a nécessité 45 fois une interventi chirurgicale plus ou moins importante.

On a eu l'occasion de faire 40 curettages de l'utérus. d 5 fois pour délivrance incomplète. La blennorrhagie la cause la plus habituelle d'affections utérines, et les s pingites blennorrhagiques abondent.

Naturellement les rétrécissements de l'urèthre sont f quents. — En trois ans, on a fait 41 opérations pour calc vésicaux (59 p. 100 de calculs uratiques, 18 p. 100 mixt 9 p. 100 phosphatiques et 14 p. 100 d'oxalatiques), d plus des trois quarts chez des enfants âgés de moins 15 ans.

Enfin, on a eu l'occasion de pratiquer 1 fois la versi (pour placenta prævia), 1 fois la céphalotomie (bass rétréci) et 3 fois l'embryotomie (pour présentations l'épaule irrémédiables).

Hopital international. — M. le Dr Péan reprendra ses l çons cliniques et ses opérations à l'hôpital Internation 11, rue de la Santé, le samedi 27 octobre, à neuf heures les continuera les samedis suivants.

Nécrologie. — Le Dr Filleau (de Paris), reçu en 1866, ch valier de la Légion d'honneur. — Le Dr Ehrmann, médec de la marine, décédé à Toulon à l'âge de 38 ans. — D Dr Masson (d'Yvetot), reçu en 1857. — Le Dr de Plowec d'Aray le Féron (Indre), reçu en 1891. — Le Dr Sesselman de Duperré (Alger), reçu en 1879.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing*. — Pepsine et Diastas

ALIMENT DES ENFANTS. Phosphatine Falières.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (viande quina et fer). — Régénérateur puissant pour guérir : **Chlorose. Anémie profonde. Menstruations douloureuses. Rachitisme. Affections scrofuleuses. Diarrhée.**

PHTHISIE, BRONCHITES, CATARRHES traités par *L'Emulsion Marchais* à la créosote, au tolu et phosphate de chaux. **Anémie, chlorose.** — *Dragées Cézard*, ne constipant pas.

PASTILLES bi-borate de soude VIGIER, à 0 gr. 10 centigr. 5 10 pastilles par jour.

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone*